Рак ободочной кишки и ректосигмоидного перехода

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: C18, C19, D01.0 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация «Российское общество клинической онкологии»

Рак ободочной кишки и ректосигмоидного отдела — злокачественные опухоли слизистой оболочки толстой кишки, чаще спорадические; у 3–5% пациентов заболевание связано с наследственными синдромами. Рекомендация охватывает морфологическую верификацию, стадирование, хирургическое и лекарственное лечение, ведение осложнений и наблюдение после лечения.

Главное

- У всех пациентов собирают семейный анамнез и оценивают соответствие критериям Amsterdam II и Bethesda; при соответствии этим критериям или наличии MSI/dMMR опухоли проводят соответствующее молекулярно-генетическое обследование. УУР А, УДД 2.
- Для постановки диагноза проводят патолого-анатомическое исследование биопсийного или операционного материала. УУР С, УДД 5.
- Полное обследование толстой кишки необходимо до операции; если тотальную колоноскопию выполнить нельзя, используют КТ-колонографию или ирригоскопию, либо проводят колоноскопию через 3–6 месяцев после операции. УУР А, УДД 2.
- Для первичного стадирования выполняют КТ или МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием и КТ грудной клетки; при опухоли ректосигмоидного отдела или дистальной трети сигмовидной кишки дополнительно исследуют малый таз, предпочтительно МРТ.
- Хирургическое лечение — основной радикальный метод.
- При метастатическом процессе решение о резектабельности очагов в печени или лёгких принимают на консилиуме с профильными хирургами; резектабельные метастазы удаляют, а после R0/R1-резекции проводят 6 месяцев адъювантной химиотерапии. Удаление бессимптомной первичной опухоли при нерезектабельных метастазах не улучшает выживаемость и не рекомендуется.
- Наблюдение после лечения включает осмотры каждые 3–6 месяцев в первые 1–2 года, затем каждые 6–12 месяцев до 5 лет; колоноскопию выполняют через 1 и 3 года, далее каждые 5 лет, а при полипах — ежегодно. УУР А, УДД 1.

Диагностика

1. Оценить жалобы и анамнез: нарушения стула, боли в животе, метеоризм, кровь или слизь в кале, признаки анемии, снижение массы тела, слабость, лихорадку, а также симптомы острой или частичной кишечной непроходимости.
2. Собрать семейный анамнез, проверить критерии Amsterdam II и Bethesda и уточнить наличие полипов или родственников с колоректальным раком и связанными с синдромом Линча опухолями.
3. До лечения провести физикальный осмотр, включая пальцевое исследование прямой кишки, оценить нутритивный статус и функциональное состояние по ECOG или шкале Карновского. УУР С, УДД 5.
4. Выполнить общий и биохимический анализы крови; коагулограмму — обязательно перед операцией, в остальных случаях по клиническим показаниям. РЭА определить всем пациентам на этапе первичного стадирования. УУР С, УДД 5.
5. При сомнительном результате биопсии выполнить повторную; если повторная биопсия отрицательна, необходимость очередной биопсии определяют индивидуально с учётом эндоскопических и рентгенологических признаков злокачественного роста.
6. Подтвердить диагноз морфологически и определить гистологический тип, степень дифференцировки, глубину инвазии, состояние лимфатических узлов, краёв резекции, сосудистую и периневральную инвазию и другие прогностические параметры.
7. При метастатической болезни определить KRAS, NRAS, BRAF, MSI/dMMR и экспрессию или амплификацию HER2. УУР А, УДД 2.

Лечение

- При локализованном и резектабельном раке I–III стадий первым этапом проводят операцию, если нет абсолютных противопоказаний; объём зависит от локализации и распространённости опухоли. УУР С, УДД 5.
- Эндоскопическое удаление допустимо при раннем раке без неблагоприятных признаков: при инвазии в слизистую или подслизистый слой, умеренной или высокой степени дифференцировки, а для инвазивных полипов — при уровнях Haggitt I–III без неблагоприятных факторов. При низкой дифференцировке, лимфоваскулярной инвазии, поражении края, уровне Haggitt IV или инвазии глубже uT1sm1 нужна резекция сегмента кишки. УУР С, УДД 4.
- Адъювантная химиотерапия показана при pT4N0 и любом pT1–4N+, а при pT3N0 — при неблагоприятных факторах: низкой дифференцировке, лимфоваскулярной или периневральной инвазии, непроходимости, перфорации, перитоните, исследовании менее 12 лимфоузлов, BD3, повышенном РЭА, позитивных смывах или циркулирующей опухолевой ДНК. УУР С, УДД 5.
- Для pT4N0 и pT1–3N1 используют XELOX 3 месяца или FOLFOX 6 месяцев; при pN2 или pT4N1 — XELOX или FOLFOX 6 месяцев. Первый курс адъювантной терапии проводят не позднее 8 недель после операции, оптимально — в течение 28 дней при отсутствии осложнений. УУР С, УДД 2.
- При исходно резектабельных метастазах в печени или лёгких выполняют их удаление, при возможности — одномоментно с первичной опухолью; после R0/R1-резекции назначают 6 месяцев FOLFOX, XELOX или аналоги пиримидина. УУР В, УДД 2; УУР А, УДД 1.
- При потенциально резектабельных метастазах используют максимально активную системную терапию: FOLFOX, XELOX, FOLFIRI, XELIRI или FOLFOXIRI; после 4–6 циклов повторно оценивают резектабельность. При отсутствии мутаций RAS и BRAF, HER2 и MSI можно добавить цетуксимаб или панитумумаб; при мутации RAS или BRAF без MSI — бевацизумаб. УУР А, УДД 1; УУР С, УДД 5.
- При MSI-метастатическом процессе в первой линии применяют пембролизумаб, ниволумаб, пролголимаб или комбинацию ниволумаба с ипилимумабом. Например, пембролизумаб назначают по 2 мг/кг или 200 мг внутривенно каждые 3 недели, либо 400 мг каждые 6 недель; ниволумаб — 3 мг/кг или 240 мг каждые 2 недели, либо 480 мг каждые 4 недели. УДД 2 для пембролизумаба и комбинации ниволумаба с ипилимумабом; УДД 4 для монотерапии ниволумабом и пролголимабом.
- При остром кровотечении выполняют срочное эндоскопическое исследование и гемостаз; при неэффективности или невозможности эндоскопической остановки проводят экстренную операцию. При опухолевом стенозе применяют эндоскопическое стентирование или оперативное лечение. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- При выявленном или подозреваемом раке пациента направляют в центр амбулаторной онкологической помощи или первичный онкологический кабинет; консультация должна состояться не позднее 5 рабочих дней после направления.
- При нерезектабельном местно-распространённом раке пациента направляют в крупную медицинскую организацию с опытом лечения этой группы для повторной оценки возможности удаления опухоли.
- Пациентам с изолированными метастазами в печени или лёгких требуется консилиум с абдоминальным, торакальным хирургом или специалистом по хирургии печени для оценки резектабельности.
- Экстренная госпитализация нужна при осложнениях опухоли или лечения, требующих неотложной специализированной помощи.
- Плановая госпитализация показана для сложных интервенционных диагностических вмешательств или специализированного лечения, требующего наблюдения в круглосуточном или дневном стационаре.

Частые вопросы

Какие исследования обязательны до начала лечения рака ободочной кишки?

Нужны колоноскопия с биопсией, оценкой всей толстой кишки, КТ или МРТ брюшной полости с контрастированием и КТ грудной клетки. При ректосигмоидной локализации или опухоли дистальной трети сигмовидной кишки исследуют малый таз, предпочтительно МРТ.

Когда при раннем раке можно ограничиться эндоскопическим удалением?

При отсутствии неблагоприятных факторов и ограниченной инвазии: для инвазивных полипов допустимы уровни Haggitt I–III, а низкая дифференцировка, лимфоваскулярная инвазия, поражение края, уровень Haggitt IV или инвазия глубже uT1sm1 требуют сегментарной резекции.

Кому назначают адъювантную химиотерапию после операции?

Она показана при pT4N0 и любом pT1–4N+. При pT3N0 её назначают при неблагоприятных признаках, включая низкую дифференцировку, сосудистую или периневральную инвазию, непроходимость, перфорацию, менее 12 исследованных лимфоузлов или повышенный РЭА.

Как выбрать лечение при MSI-метастатическом раке?

В первой линии возможны пембролизумаб, ниволумаб, пролголимаб или комбинация ниволумаба с ипилимумабом. При большом объёме опухоли в тексте отдельно указана возможность комбинации FOLFOX/XELOX с анти-PD-1-препаратом из-за риска раннего прогрессирования на монотерапии.

Как наблюдать пациента после завершения лечения?

В первые 1–2 года проводят осмотр и сбор жалоб каждые 3–6 месяцев, с 3-го по 5-й год — каждые 6–12 месяцев, затем ежегодно или при жалобах. Колоноскопию выполняют через 1 и 3 года, затем каждые 5 лет; при выявлении полипов — ежегодно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/396-rak-obodochnoj-kishki-i-rektosigmoidnogo-perehoda. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/396_4